



# DIABETESRAPPORTEN

Högre ambitioner skulle rädda både liv och hälsa



**2022**

## OM RAPPORTEN

Vi som står bakom denna rapport är Diabetes Sverige och Storstockholms diabetesförening. Rapporten är ett försök att beskriva läget i svensk diabetesvård på ett antal områden och lyfta fram förbättringsförslag inom dessa.

Mer information om oss hittar du på [www.diabetesorg.se](http://www.diabetesorg.se) och [www.ssdff.nu](http://www.ssdff.nu).



Rapporten har tagits fram med stöd från Sanofi.

**sanofi**

sanofi.se

# INNEHÅLL

OM RAPPORTEN .....	2
INNEHÅLL .....	3
FÖRORD .....	4
SAMMANFATTNING .....	5
MÅNGA LEVER MED HÖG RISK FÖR SVÅRA FÖLJDSJUKDOMAR .....	6
FYRA RISKFAKTORER .....	8
Blodsocker – är målet verkligen nått? .....	8
Blodtryck – en lång väg kvar .....	11
Kolesterol – en klar förbättring .....	13
Albuminuri – njurskador ökar risken .....	15
STORA OCH OREGELBUNDNA REGIONALA SKILLNADER .....	16
Regionala behandlingsmönster .....	18
PANDEMIN HAR DRABBAT PERSONER MED DIABETES .....	20
HÖGRE AMBITIONER SKULLE RÄDDA LIV .....	21
NYA MÅL FÖR SVENSK DIABETESVÅRD .....	22

# FÖRORD

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna. Ungefär en halv miljon svenskar lever idag med diabetes. Alltför många av dem riskerar att dö i förtid som en följd av sin sjukdom.

Hela 70 procent av de som lever med Typ 2-diabetes har hög eller mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom. Bland personer med Typ 1-diabetes är motsvarande siffra 15 procent.

Överdödligheten i hjärtsjukdom bland personer med diabetes jämfört med jämnåriga i hela befolkningen var i en studie hela 40 procent.<sup>1</sup> Så behöver det inte vara. En välbehandlad diabetes skapar ingen eller mycket liten överdödlighet. Problemet är att många fortfarande har en förhöjd risk för hjärtsjukdom.

Diabetes är mångsidig och den behöver också behandlas så. Det är inte bara blodsocker utan också många andra faktorer som behöver kontrolleras. I den här rapporten fokuserar vi på behandlingsbara riskfaktorer som skulle göra stor skillnad för att minska förekomsten av hjärtsjukdom hos personer som lever med diabetes. Vi diskuterar riskfaktorerna utifrån en genomgång av data i huvudsak från det nationella diabetesregistret.

Kontentan av rapporten är att vi inte kommit långt nog. Trots framsteg är det fortfarande alldeles för många som inte når behandlingsmålen. Men i viss mån har vi satt ribban för målen lågt och detta är något som vi behöver åtgärda.

I Almedalen 2022 diskuterade vi svensk diabetesvård med experter och politiker - denna rapport innehåller några exempel på deras kloka inspel.



**Emma Henriksson**

Ordförande  
Storstockholms Diabetesförening



**Thomas Magnusson**

Ordförande  
Diabetes Sverige

---

<sup>1</sup> Värden i siffror, <https://vardenisiffror.se/>

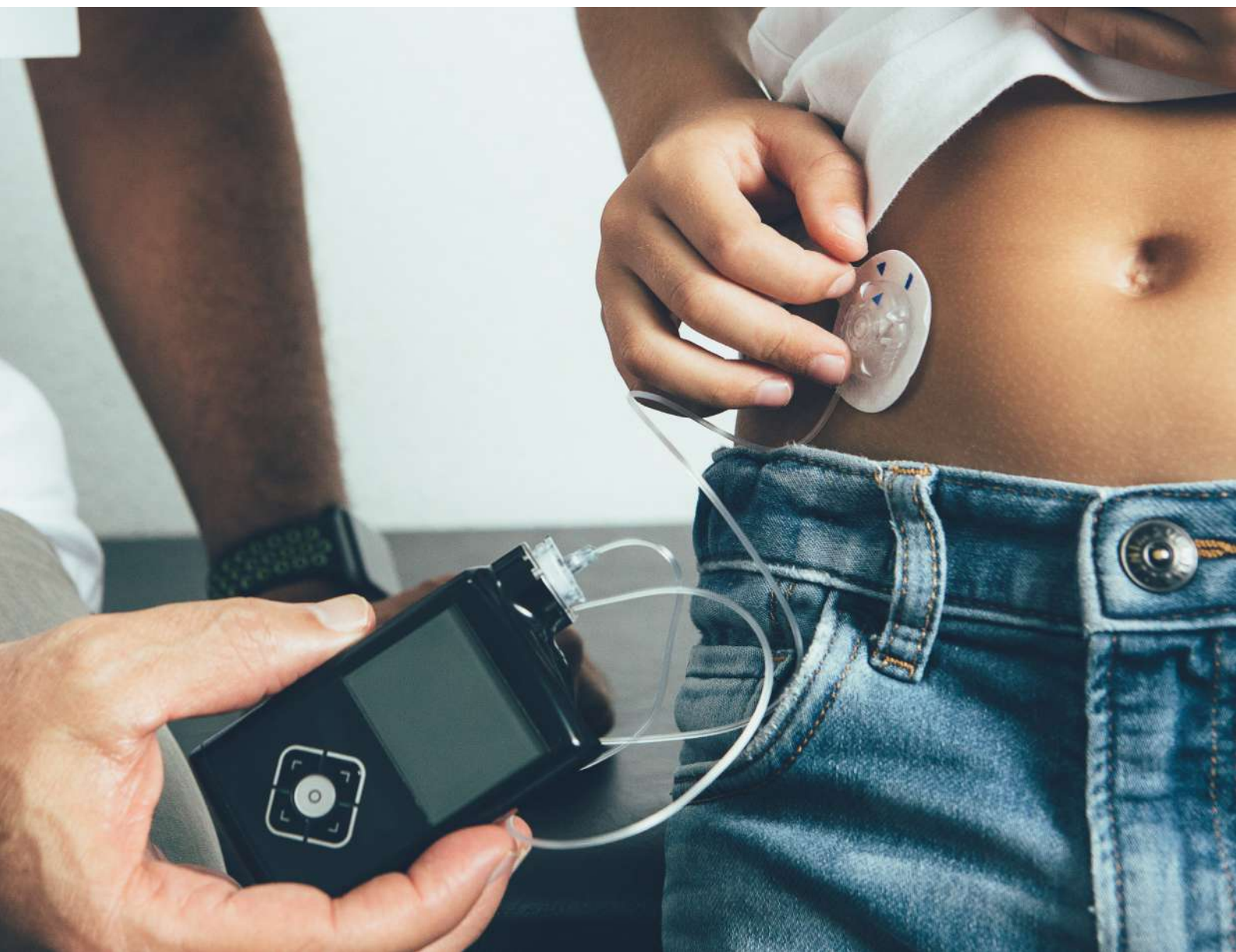
## SAMMANFATTNING

Det finns fortfarande mycket att göra för att nå bästa möjliga behandling av diabetes. Denna rapport beskriver läget och utvecklingen för flera av de viktigaste riskfaktorerna. Några viktiga slutsatser är:

- Flera av de oftast använda målnivåerna kan diskuteras. Högre ambitioner vid diabetes vore önskvärt.
- Många når inte önskvärda nivåer för framför allt HbA1c, blodtryck och blodfetter.
- Det finns stora regionala skillnader, även om ingen region är bra på allt.
- I vissa delar har det skett en förbättring de senaste åren, men det är långt kvar till målet. Alldeles för många lever fortfarande med för hög risk för allvariga komplikationer som kan leda till förtidig död.

För att minska sjukdom, komplikationer (vilka är väldigt kostsamma) och dödsfall vill vi se fyra mål för svensk diabetesvård:

1. Diabeteskompetens att tillgå på varje vårdinstans för ett aktivt och strukturerat omhändertagande.
2. Avancerad diabetessjukvård ska vara ett riktmärke, kvalitetsparametrar ska följas och individanpassad måluppfyllelse ska premieras.
3. Tidigare upptäckt av Typ 2-diabetes/prediabetes.
4. Kunskap om forskning, nya behandlingar och andra innovativa metoder ska nyttjas i hela Sverige.



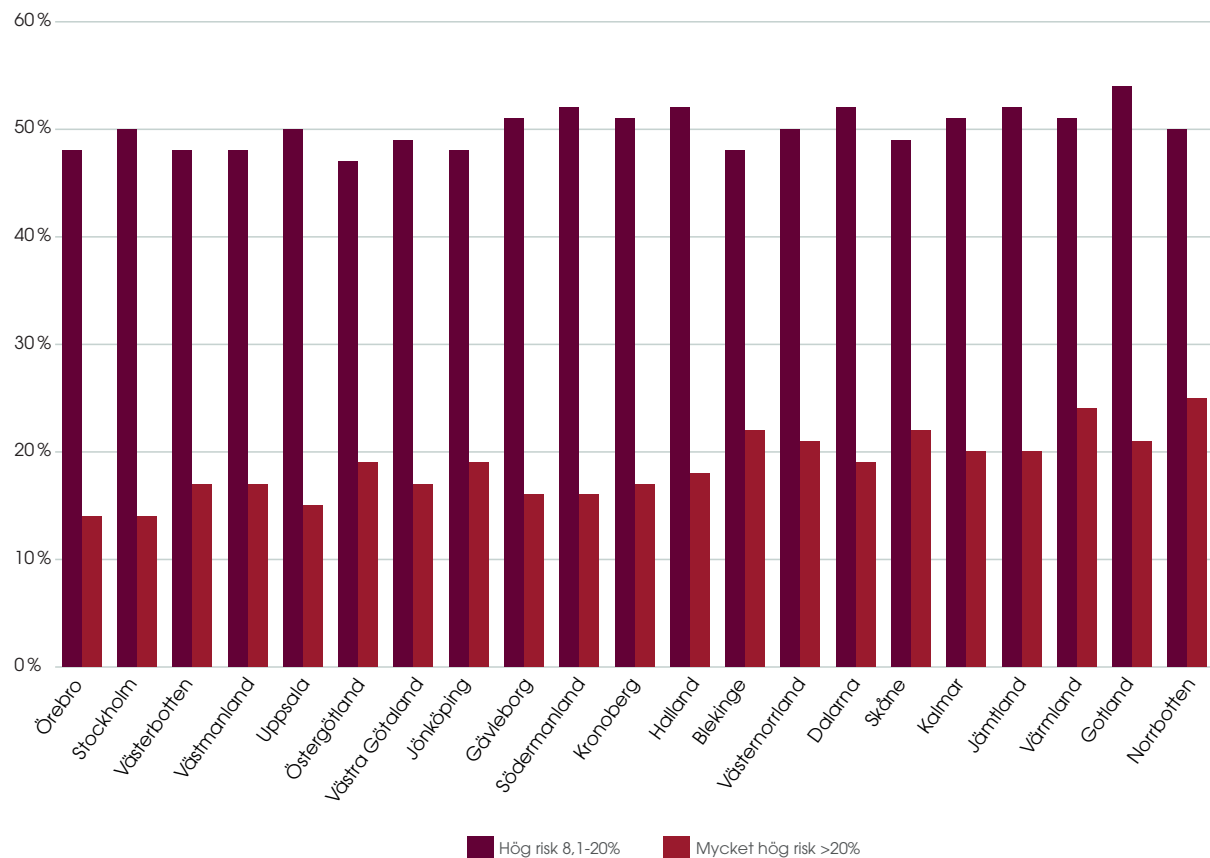


# MÅNGA LEVER MED HÖG RISK FÖR SVÅRA FÖLJDSJUKDOMAR

Professorerna Lars Rydén och Mats Eriksson vid Karolinska Sjukhuset har de senaste åren lyft betydelsen av att betrakta Typ 2-diabetes som en multifaktoriell sjukdom och att behandlingen måste utgå från den samlade risken för hjärtkärlsjukdom.<sup>1</sup> Data från det nationella diabetesregistret visar också att det är en betydande andel med diabetes som har en hög eller mycket hög risk för allvarlig hjärtkärlsjukdom. Beräkningarna bygger på registrets "riskmotor" som utifrån en lång rad faktorer beräknar risken att inom fem år drabbas av kardiovaskulär sjukdom.<sup>2</sup>

För personer med Typ 2-diabetes är det i dag hälften som har en hög risk och ytterligare nästan 20 procent som har en mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom. Det är alltså nästan sju av tio som har antingen hög eller mycket hög risk. Som framgår av diagrammet nedan är bilden likartad över hela landet men skillnaden mellan "bästa" och "sämsta" region är ändå drygt tio procentenheter.

**Figur 1.** Andel av personer med Typ 2-diabetes, 30-79 år i primärvård som har hög och mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom inom 5 år



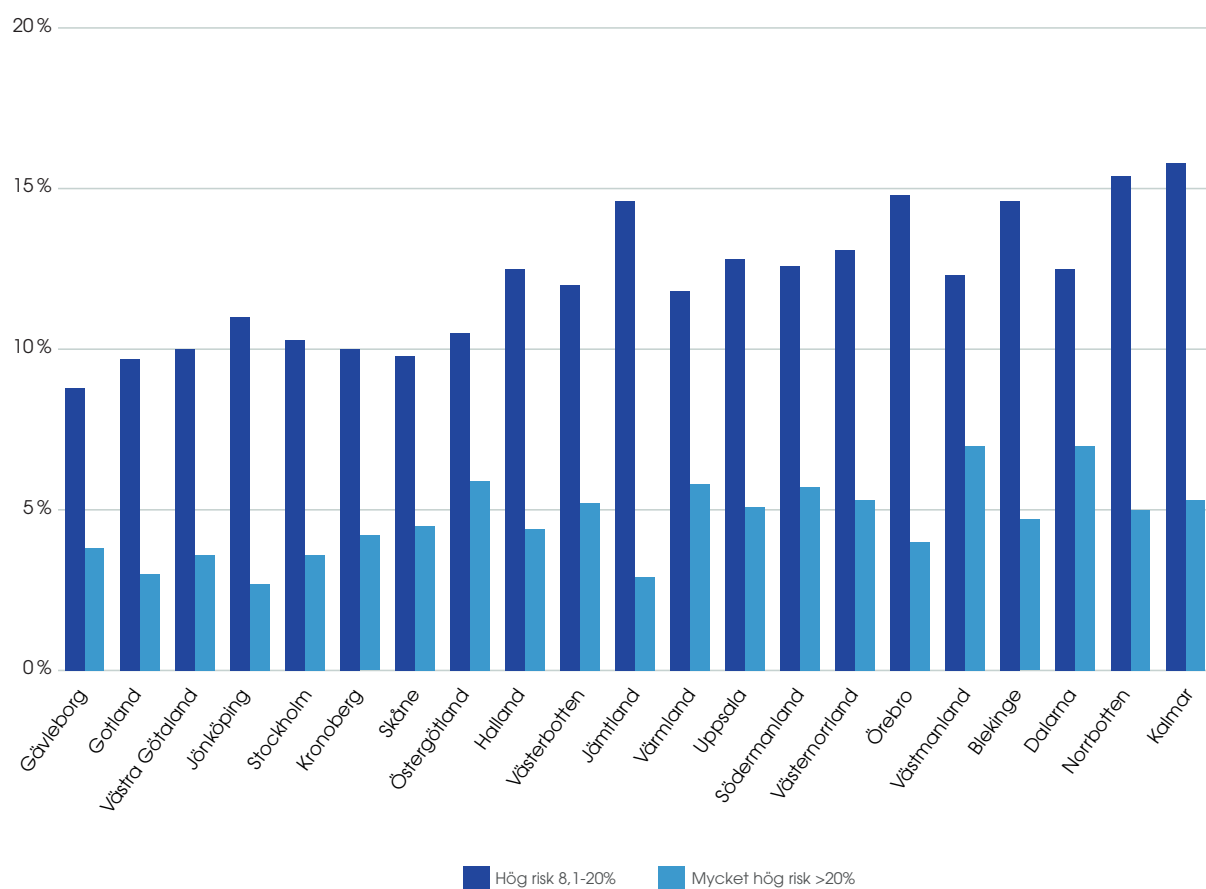
Källa: Nationella Diabetesregistrets årsrapport 2020

För personer med Typ 1-diabetes är talen betydligt lägre men det är fortfarande drygt 15 procent som har en hög eller mycket hög risk. För denna grupp är också de regionala skillnaderna större med drygt 70 procent högre andel i Norrbotten jämfört med Jönköping.

1 Rydén L och Eriksson M, Paradigmskifte med nya riktlinjer, Dagens Medicin (2019) <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/10/21/paradigmskifte-med-nya-riktlinjer/>

2 Resultat visas sedan den beräknade absoluta risken att om 5 år drabbas av antingen ickefatal eller fatal hjärtkärlsjukdom, vilken definieras som antingen koronar hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, instabil angina, genomgången PCI eller bypass) eller stroke (hjärninfarkt eller hjärnblödning).

**Figur 2.** Andel av personer med Typ 1-diabetes, 30-63 år på medicinkliniker som har hög och mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom inom 5 år



Källa: Nationella Diabetesregistrets årsrapport 2020

Vikten av att hålla de viktigaste riskfaktorerna inom ambitiösa målintervall illustreras tydligt i ett färskt avhandlingsarbete från Göteborgs universitet. Med hjälp av stora registerdata har man, både för Typ 1 och Typ 2, visat på betydelsen av att kontrollera blodsocker, blodtryck, kolesterolnivåer och njurpåverkan. När dessa faktorer kan hållas på en god nivå försvinner i princip all överrisk för hjärtkärlsjukdom.<sup>3</sup> Denna rapport syftar till att fördjupa bilden av hur vi ligger till med detta. Var står svensk diabetesvård när det gäller att undanröja överrisk och överdödlighet för de som lever med diabetes?

***”Vi borde ta fram ett digitalt behandlingsprogram som både industrin och vårdgivarsidan kan vara med och designa, för då blir det enkelt för patienten att hantera sitt dagliga stöd.”***  
***- Daniel Forslund, utvecklingsansvarig på Vårdföretagarna***

<sup>3</sup> Rawshani A, Epidemiological aspects of cardiovascular morbidity and mortality among individuals with diabetes: the relative importance of cardiovascular risk factors (2018), <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/57744>

## FYRA RISKFAKTORER

De riskmotorer som skapats av diabetesregistret innehåller en lång rad riskfaktorer. Utöver de som diskuteras i denna rapport finns rökning, BMI, tidigare sjukdomshistorik, ålder och hur länge man haft diabetes. Urvalet av de fyra faktorerna i rapporten (blodsocker, blodtryck, kolesterol och njurfunktion) bygger främst på att de har en nära koppling till olika behandlingsval. Ålder, sjukdomshistorik och diabetesduration är vad de är medan till exempel blodsocker och blodtryck går att behandla. Både BMI och rökning är viktiga faktorer men denna rapport begränsar sig till de fyra där det också i stor utsträckning finns en diskussion kring lämpliga målnivåer.

I detta avsnitt ges en översiktlig bild av nivå och utveckling för de olika faktorerna.

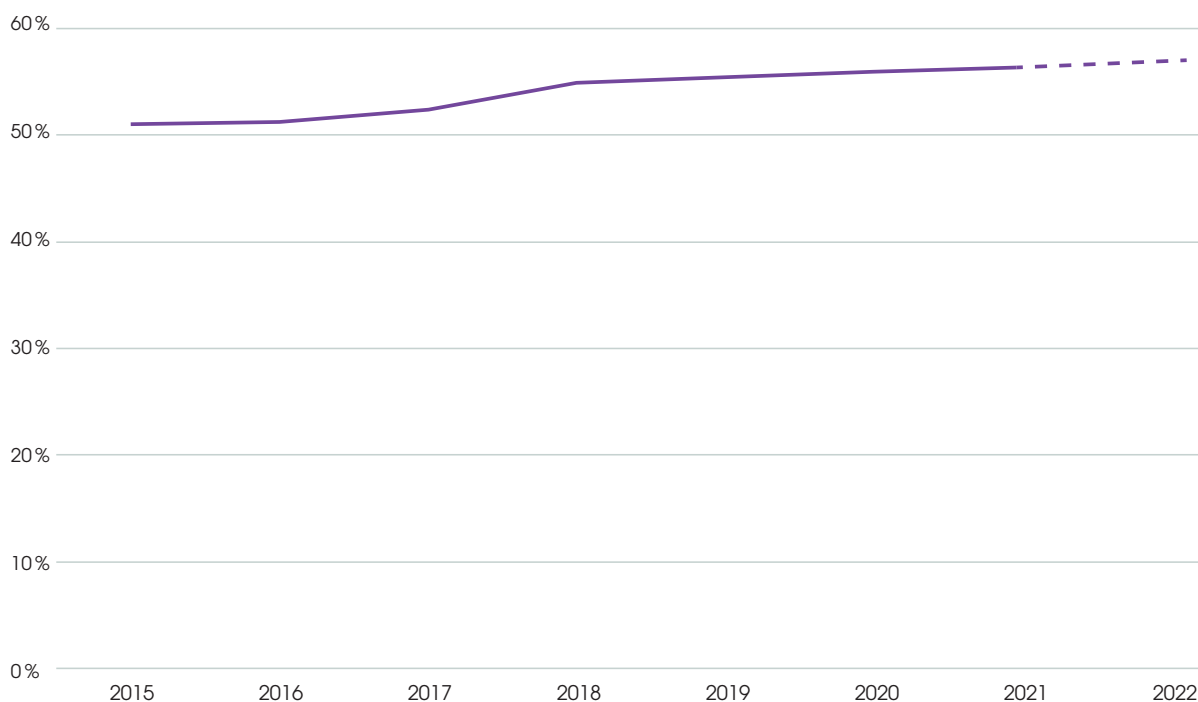
### Blodsocker – är målet verkligen nått?

Att hålla långtidsblodsockret, HbA1c, på rätt nivå är helt centralt vid behandling av diabetes. Vad som är rätt nivå kan vara svårare att säga. Socialstyrelsen har satt upp målnivån att max 20 procent av dem med Typ 1 och max 10 procent av dem med Typ 2 ska ligga över 70 mmol/mol. Det är dock ett trubbigt mål som försöker att fånga in alla patienter. Svensk förening för diabetologi (SFD) har satt upp rekommendationen att acceptabla nivåer är under 52 mmol/mol för Typ 2 och under 62 mmol/mol för Typ 1. Vilken målnivå som används är avgörande för bilden av hur väl vi ligger till.

För både Typ 1 och Typ 2 ligger idag riksnittet under Socialstyrelsens ribba. Cirka 15 procent av personer med Typ 1-diabetes ligger över 70 mmol/mol och 8 procent av dem med Typ 2. Använder man mer ambitiösa målnivåer i linje med dem som rekommenderats av SFD blir bilden en annan.

Bland personer med Typ 2-diabetes har andelen som ligger under 52 mmol/mol legat relativt stabil på drygt hälften. Det syns en svag förbättring de senaste åren.

**Figur 3.** Andel Typ 2-personer med diabetes med HbA1c < 52 mmol/mol



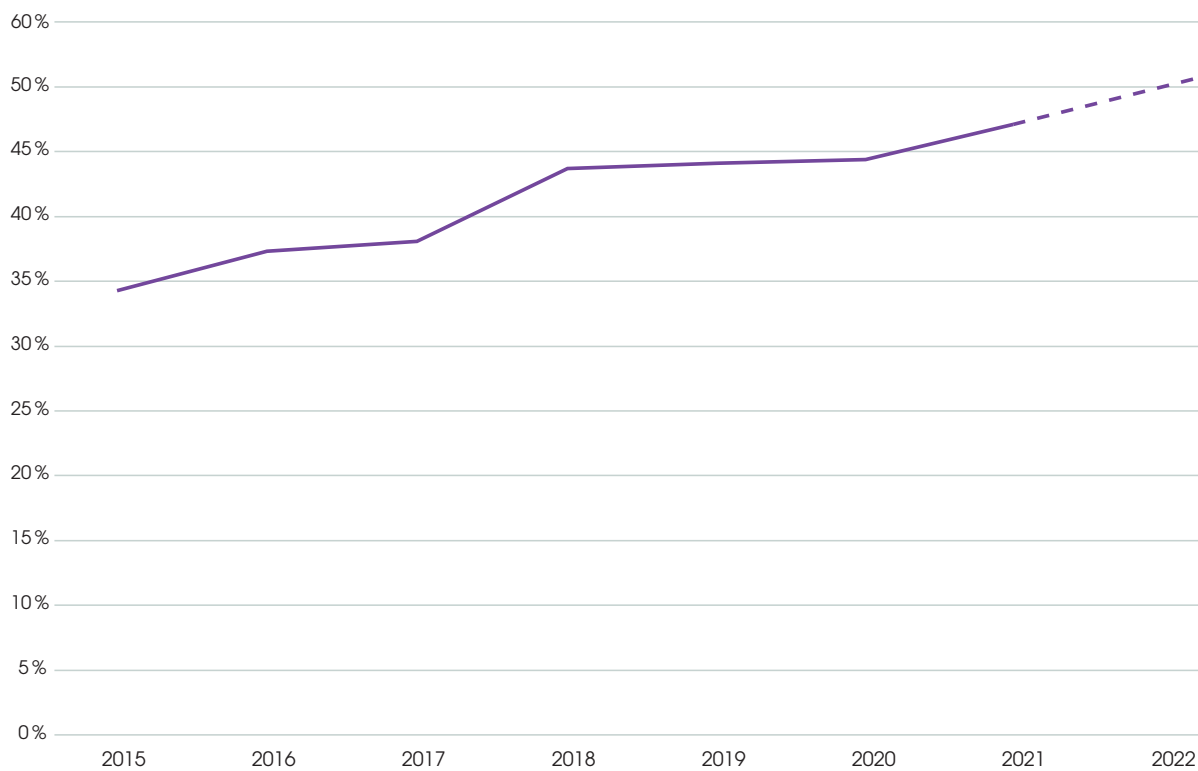
Källa: Nationella Diabetesregistret





När det gäller Typ 1 saknas gränsvärdet 62 mmol/mol bland de variabler som redovisas i diabetesregistret, i stället används här andelen som ligger under 57 mmol/mol. Som framgår nedan är det här ungefär hälften som når nivån, men det finns en tydlig förbättring mellan 2015–2022.

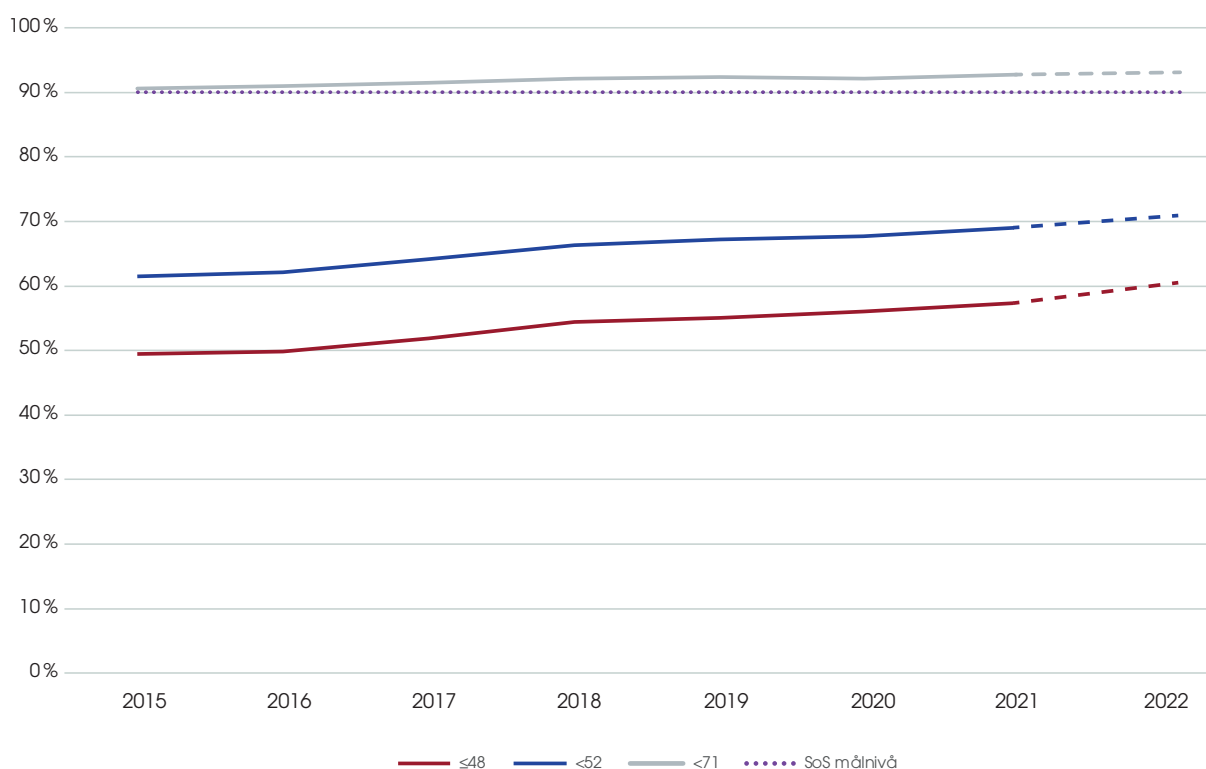
**Figur 4.** Andel Typ 1-personer med diabetes med HbA1c < 57 mmol/mol



Källa: Nationella Diabetesregistret

Behandlingsmål för blodsocker är individuellt. Det finns många faktorer som samsjuklighet, ålder, tid med sjukdomen och annat som kan påverka vilken nivå som är önskvärd och möjlig att nå. Samtidigt tyder mycket på att många fortfarande ligger på nivåer som är klart över vad som borde vara en önskvärd ambition. Ytterligare ett sätt att undersöka det är att begränsa urvalet till en mer homogen grupp. Nedan är urvalet bara patienter mellan 30–64 år som vårdas i primärvården och som haft sin Typ 2-diabetes i mellan 0–6 år. Det är en grupp där behandlingsmålet för de allra flesta borde ligga i närheten av SDF:s rekommendationer. För att göra det enklare att jämföra nivåerna är här Socialstyrelsens målnivå omformulerad till att 90 procent ska ligga under 71 mmol/mol (motsvarar max 10 % över 70). Som framgår av diagrammet är det drygt tio procentenheter fler, jämfört med alla Typ 2, som ligger under 52 mmol/mol. Det är dock fortfarande en tredjedel som ligger över och bara drygt hälften som ligger under 48 mmol/mol.

**Figur 5.** Andel med HbA1c under olika målvärden, Typ 2-personer med diabetes 30-64 år som vårdas i primärvården och med diabetesduration 0-6 år



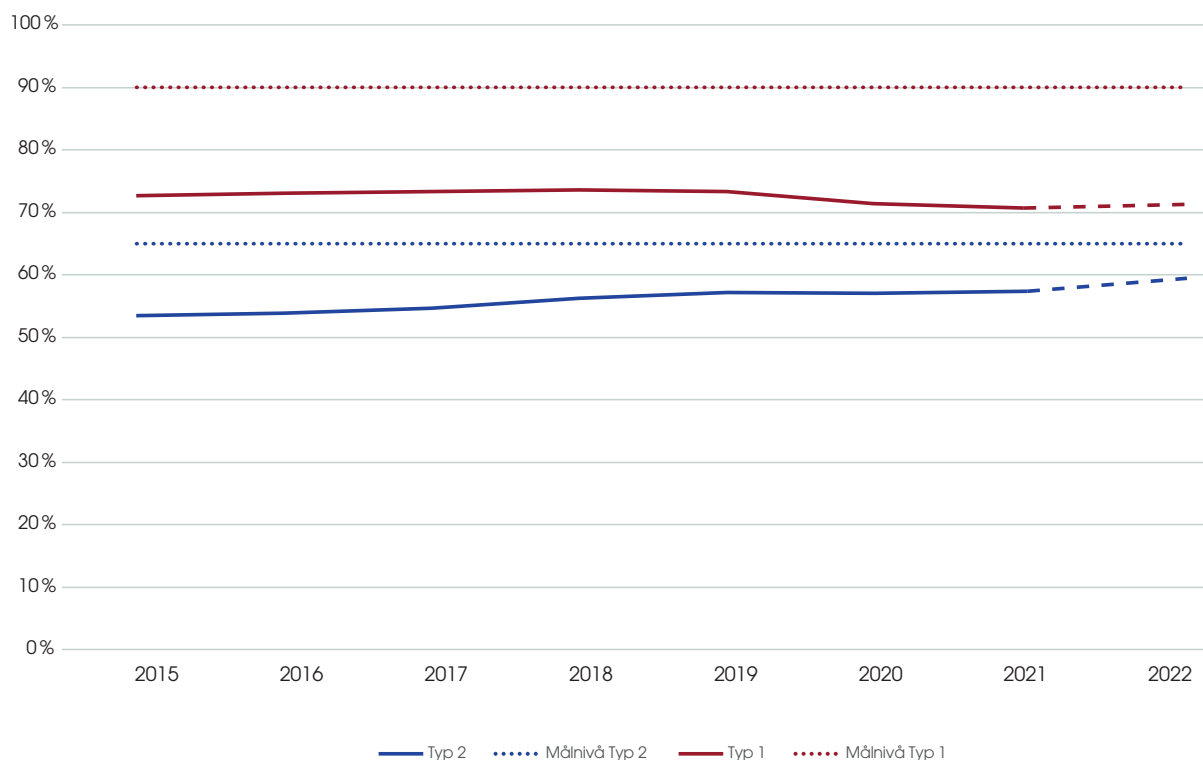
Källa: Nationella Diabetesregistret

Även om utvecklingen har gått åt rätt håll de senaste åren är det fortfarande alldeles för många med diabetes som tycks ha nivåer av långtidsblodsocker som inte är förenligt med en helt väl behandlad sjukdom. Det leder till höjd risk för hjärtkärlsjukdom.

## Blodtryck – en lång väg kvar

Högt blodtryck är en tydlig riskfaktor för såväl hjärtkärlsjukdom som njurpåverkan. Vilka nivåer som är önskvärda är omdiskuterat och ambitionerna har höjts i till exempel europeiska och amerikanska riktlinjer. Socialstyrelsens målnivå är dock fortfarande andelen med ett tryck under 145/80 mmHg. För Typ 1-patienter ska 90 procent ligga under den nivån och för Typ 2 är målet 65 procent under nivån. Båda grupperna har dock en bit kvar till de målen. Avståndet är större för Typ 1-patienterna, nästan tjugo procentenheter medan det är knappt tio för Typ 2-patienterna.

**Figur 6.** Andel personer med diabetes med blodtryck under 140/85 mmHg

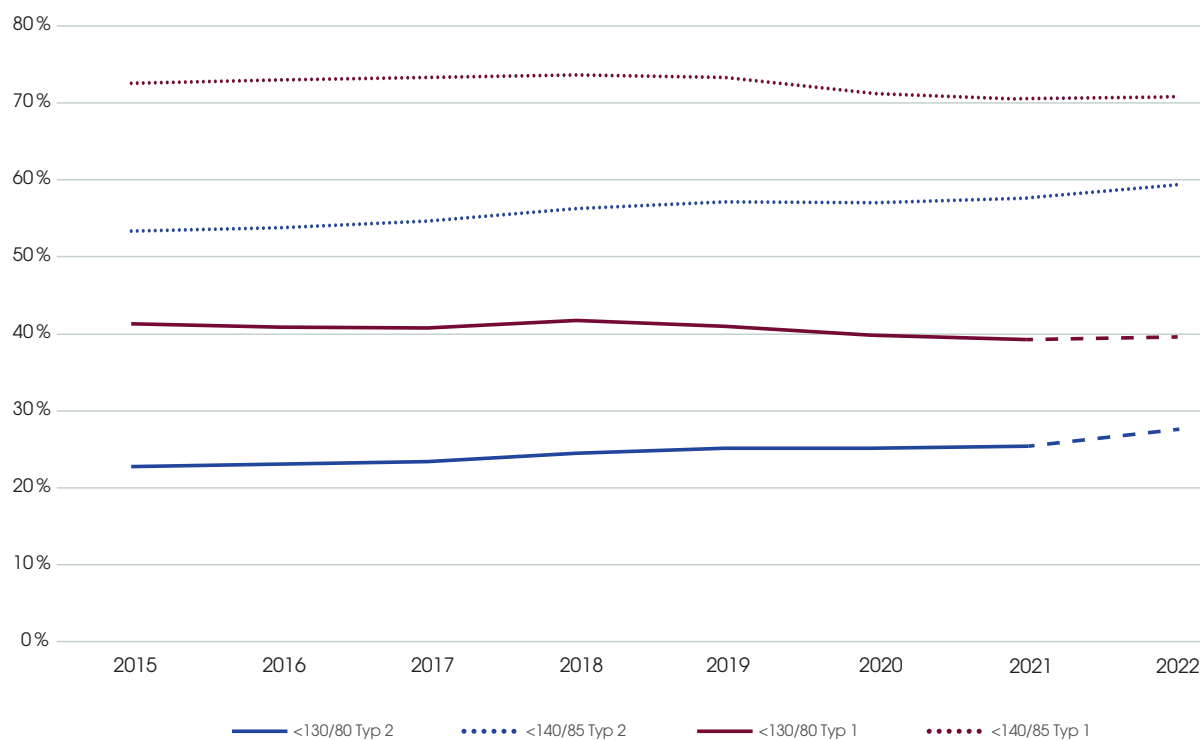


Källa: Nationella Diabetesregistret

I diabetesregistrets årsrapport för 2018 förs ett resonemang kring blodtrycksmål som mynnar ut i bedömningen att även Sverige förmodligen kommer att röra sig mot ett lägre mål. De svenska nationella riktlinjerna är från 2015. Både det europeiska och amerikanska sällskapet för "Hypertension and Cardiology" har riktlinjer som landar i 130 mmHg som huvudsakligt eller enda mål. Båda sällskapen behandlar också Typ 1 och Typ 2 på samma sätt, samma målnivåer.<sup>4</sup>

Skulle målet sättas till 130/80 mmHg i stället för 140/85 mmHg så faller andelarna som når målet dramatiskt. Andelen som når målet mer än halveras för Typ 2 och nästan halveras för Typ 1.

**Figur 7.** Andel personer med diabetes med blodtryck under olika målvärden



Källa: Nationella Diabetesregistret

Läkaren Staffan Björck menar i en artikel i Läkartidningen att det nuvarande målet kan ha lett till en olyckligt passiv hållning till blodtrycksbehandling för personer med diabetes.<sup>5</sup>

***“Allmänläkare får allt mindre fortbildning och samtidigt ska primärvården, första linjens sjukvård, göra mer, klara mer, ta hand om mer.”***  
***- Johan Hultberg (M), riksdagsledamot***

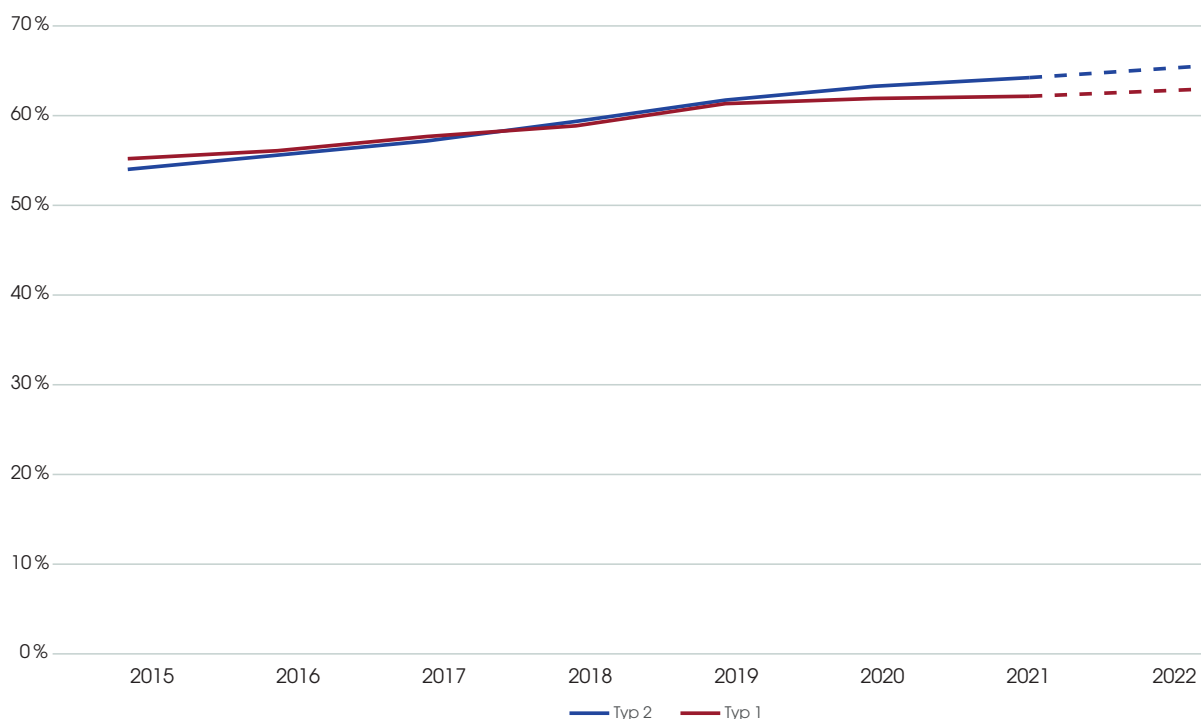
<sup>5</sup> Björck S, Ompröva blodtrycksmål för typ 2-diabetes snarast, Läkartidningen 2018,115:FC73 <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2018/10/omprova-snarast-blodtrycksmal-for-typ-2-diabetes/>

## Kolesterol – en klar förbättring

Det finns inget tydligt nationellt mål för nivån på kolesterol. Det är dock en central riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom. Ett vanligt målvärde är att LDL ska hållas under 2,5 mmol/L. I Stockholms kunskapsstöd (VISS) för primärvården uttrycks det till exempel som att "Målvärde är LDL <2,5 mmol/L och vid uttalad riskökning och eller tidigare genomgången kardiovaskulär händelse är målnivån <1,8 mmol/L."<sup>6</sup>

Det finns en klart positiv utveckling av andelen personer som ligger på ett LDL-värde under 2,5. Sedan 2015 har andelen ökat med knappt tio procentenheter för både Typ 1- och Typ 2-diabetes. Samtidigt är det fortfarande fyra av tio inom båda grupperna som ligger över målnivån.

**Figur 8.** Andel personer med diabetes med kolesterolvärde (LDL) under 2,5 mmol/L

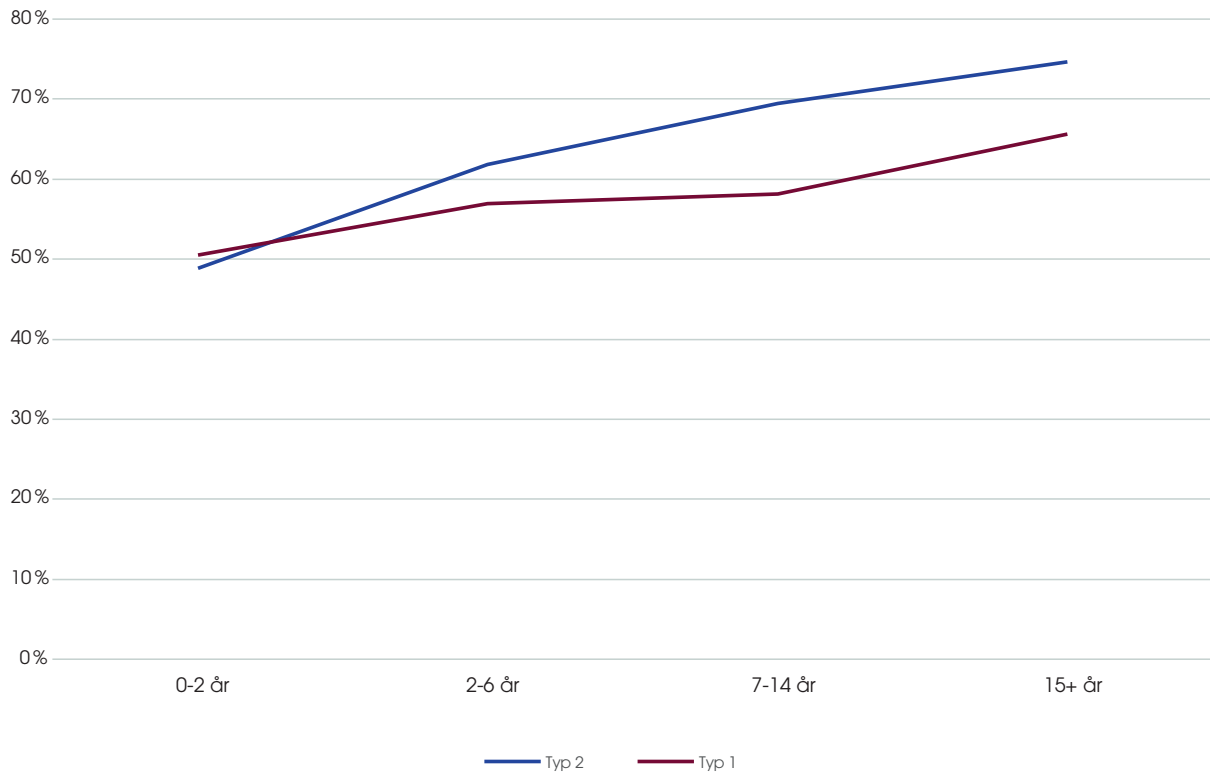


Källa: Nationella Diabetesregistret

Andelen med låga LDL-värden är också något som faktiskt förbättras ju längre man har haft sin diabetes. För många andra värden som till exempel blodsockret finns det en tydlig försämring över tid, så är inte fallet när det gäller kolesterol. Trenden med bättre värden över tid är särskilt tydlig för personer med Typ 2 men finns för båda grupperna.

6 European Society of Cardiology, ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias, European Heart Journal (2011), doi:10.1093/eurheartj/ehr158 <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/publications/DYSLIPguidelines-dyslipidemias-FT.pdf>

**Figur 9.** Andel personer med diabetes med LDL <2,5mmol/L fördelat på sjukdomsduration



Källa: Nationella Diabetesregistret

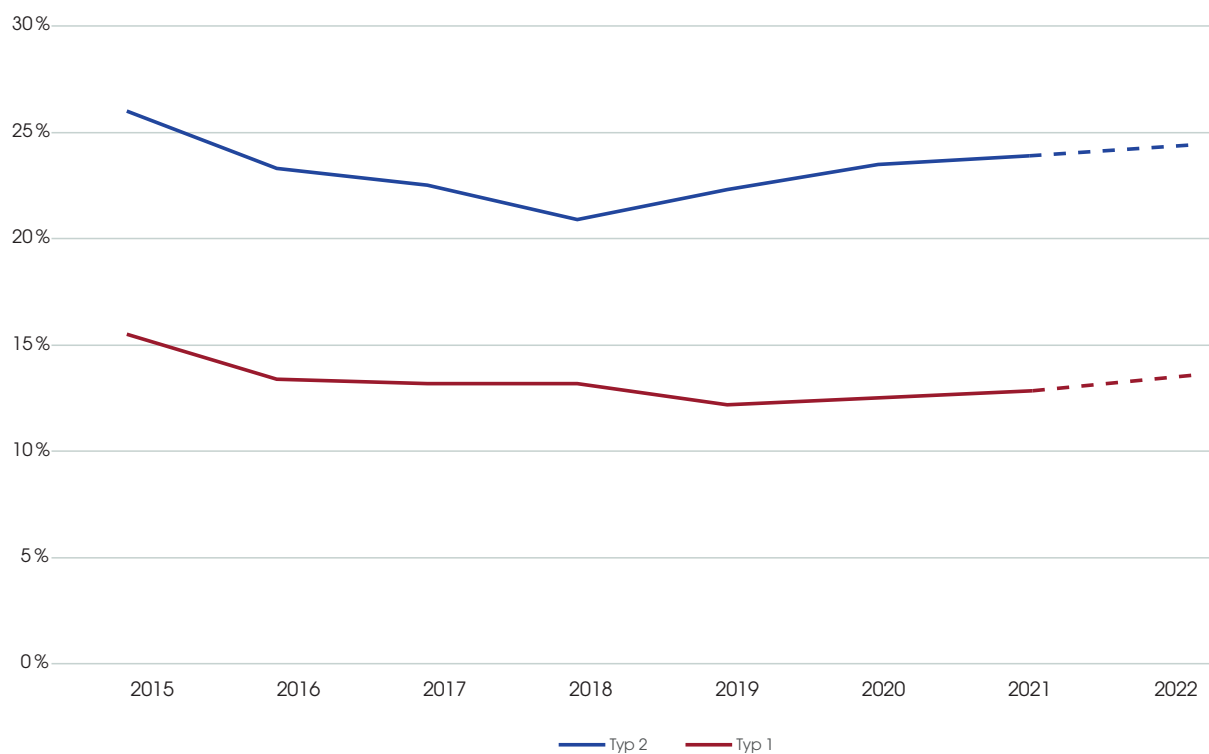
*“Majoriteten av all Typ 2-diabetes sköts i primärvården, men det finns en fjärdedel, femtedel där man ska vara väldigt, väldigt aggressiv, väldigt intensiv i sin behandling – den delen som återstår kanske kan skötas på en annan nivå, mellan sjukhusets och primärvårdens; ett mellanting.”*  
- Magnus Löndahl, diabetesläkare



## Albuminuri – njurskador ökar risken

Albumin är ett protein som finns i blodet. När det finns spår av det i urinen är det ett tecken på att diabetessjukdomen gett skador på njurarna. Skador på njurarna är allvarligt i sig men albuminuri är också en allvarlig riskfaktor för högt blodtryck och hjärtkärlsjukdom. Förekomsten av albuminuri ökar med längre sjukdomstid. För hela gruppen diabetiker har förekomsten minskat något, men finns fortfarande hos över 10 procent av personer med Typ 1 och över 20 procent bland dem med Typ 2.

**Figur 10.** Andel med diabetes som uppvisar albuminuri



Källa: Nationella Diabetesregistret





## STORA OCH OREGELBUNDNA REGIONALA SKILLNADER

För alla de fyra faktorer som ingår i rapporten (blodsocker, blodtryck, kolesterol och njurfunktion) finns det betydande skillnader mellan regionerna. Tabellen nedan illustrerar spännvidden mellan högsta och lägsta värdet för de olika faktorerna (i vuxenvården). Det är i samtliga fall en betydande spridning.

**Figur 11.** Högsta och lägsta värden (i procent) bland Sveriges regioner för olika målvärden (2022)

	HbA1c (mmol/mol) Andel <52 resp. <57	Blodtryck (mmHg) Andel <130/80	LDL (mmol/L) Andel <2,5	Albuminuri Andel med
Typ 2	47-63	22-33	55-75	13-31
Typ 1	46-58	28-45	47-75	9-19

Källa: Nationella Diabetesregistret

***“Det är infört sedan 25 år tillbaka i Sverige att en diabetessjuksköterska finns på varje vårdcentral. Flertalet regioner har detta såsom ett skallkrav för att regionen ska kunna godkänna enheten.”***

***- Stig Attvall, diabetesläkare***

Att det finns stora regionala skillnader betyder inte att vissa regioner är bra eller dåliga på allt; det finns dock vissa mönster. Tabellen nedan bygger på att alla regioner rangordnats utifrån sin relativa position för varje faktor under 2022 (till och med 2022-11-01). Den bästa tredjedelen markeras med ljus lila (placering 1-7), mellersta med lila (placering 8-14) och sämsta med mörk lila (placering 15-21). Ordningen i tabellen bygger på den genomsnittliga rangordningen för varje region. Det blir tydligt att ingen har högt eller lågt på allt, men också att vissa regioner definitivt ligger bättre till än andra.<sup>7</sup>

**Figur 12.** Regionernas rangordning för andel med diabetes under olika målnivåer

REGION	TYP 2			TYP 1		
	HbA1c	Blodtryck	LDL	HbA1c	Blodtryck	LDL
Västra Götaland	10	4	6	1	1	8
Halland	1	3	12	3	8	7
Östergötland	15	2	1	17	4	1
Uppsala	8	13	3	2	15	3
Västerbotten	12	1	2	12	6	11
Gävleborg	14	9	7	6	10	2
Skåne	3	20	8	9	9	6
Stockholm	2	8	16	5	13	15
Örebro	7	12	19	7	3	18
Gotland	10	11	14	4	7	21
Sörmland	3	13	10	19	18	4
Kalmar	6	21	4	11	20	9
Värmland	9	10	13	20	10	10
Jönköping	17	5	21	15	2	13
Västmanland	3	19	9	10	16	17
Kronoberg	18	17	5	16	17	5
Jämtland	19	16	11	17	12	12
Dalarna	16	6	20	21	5	20
Västernorrland	20	13	17	8	14	16
Blekinge	13	18	15	13	21	14
Norrbottn	21	7	17	14	19	19

Källa: Nationella Diabetesregistret och egna beräkningar (nov 2022)

Det finns skillnader inom regionerna mellan hur det ser ut för Typ 1 respektive Typ 2. Sörmland är till exempel på tredje plats för sockerkontroll när det gäller Typ 2, men långt ner i listan när det gäller Typ 1, medan Västernorrland har det motsatta mönstret. Det finns också stora skillnader mellan de olika faktorerna. Jönköping och Dalarna hör båda till de bästa när det gäller blodtryck, men placerar sig i den sämsta tredjedelen för både sockerkontroll och LDL medan Östergötland är i den absoluta toppen för blodtryck och LDL, men är dåliga på sockerkontroll.

<sup>7</sup> Resultaten vad gäller albuminuri redovisas inte på regional nivå eftersom det finns stora skillnader i rapporteringsgrad för den variabeln.

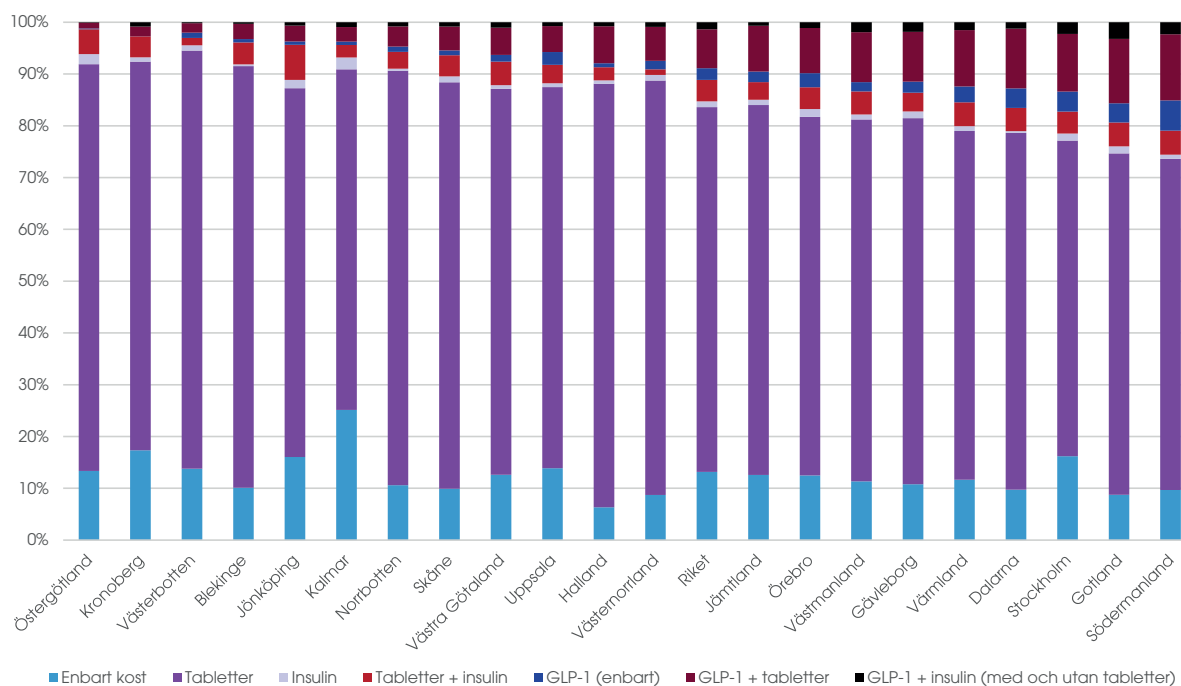
## Regionala behandlingsmönster

Det finns stora skillnader mellan regionerna också när det gäller behandling av olika slag. Det är ofta svårt att värdera skillnaderna eftersom behandling och utfall hänger ihop, men det är ofta oklart på vilket sätt. En region som behandlar många med blodtryckssänkande läkemedel kan ju göra det på grund av att många har för högt blodtryck, men en region där många behandlas kan också ha få med högt tryck just som en följd av behandlingen. Det finns dock flera skillnader som kan vara särskilt intressanta.

NDR ser stora skillnader när det gäller andelen som inte alls behandlas med läkemedel bland medelålders personer med ny Typ 2-diabetes. Eftersom många utfall förändras med längre sjukdomstid och behandlingen bygger på en sorts trappa där dåliga resultat motiverar mer intensiv behandling kan det finnas en risk att personer med nydebuterad sjukdom får en alltför försiktig behandling och därmed i "onödan" försämras över tid. Det är också tydligt att främst sockernivåer försämras påtagligt med längre sjukdomsduration. Det kan därför vara intressant att studera behandlingsmönstren just hos gruppen med nydebuterad sjukdom.

Det är uppenbart att det finns stora skillnader mellan regionerna. Andelen som behandlas med bara kost varierar mycket kraftigt och detsamma, om än på lägre nivåer, gäller för hur många som behandlas med de nyare GLP-1 analogerna.

**Figur 13.** Behandling i olika regioner för personer med diabetes 30-64 år, Typ 2, sjukdomsduration 0-2 år



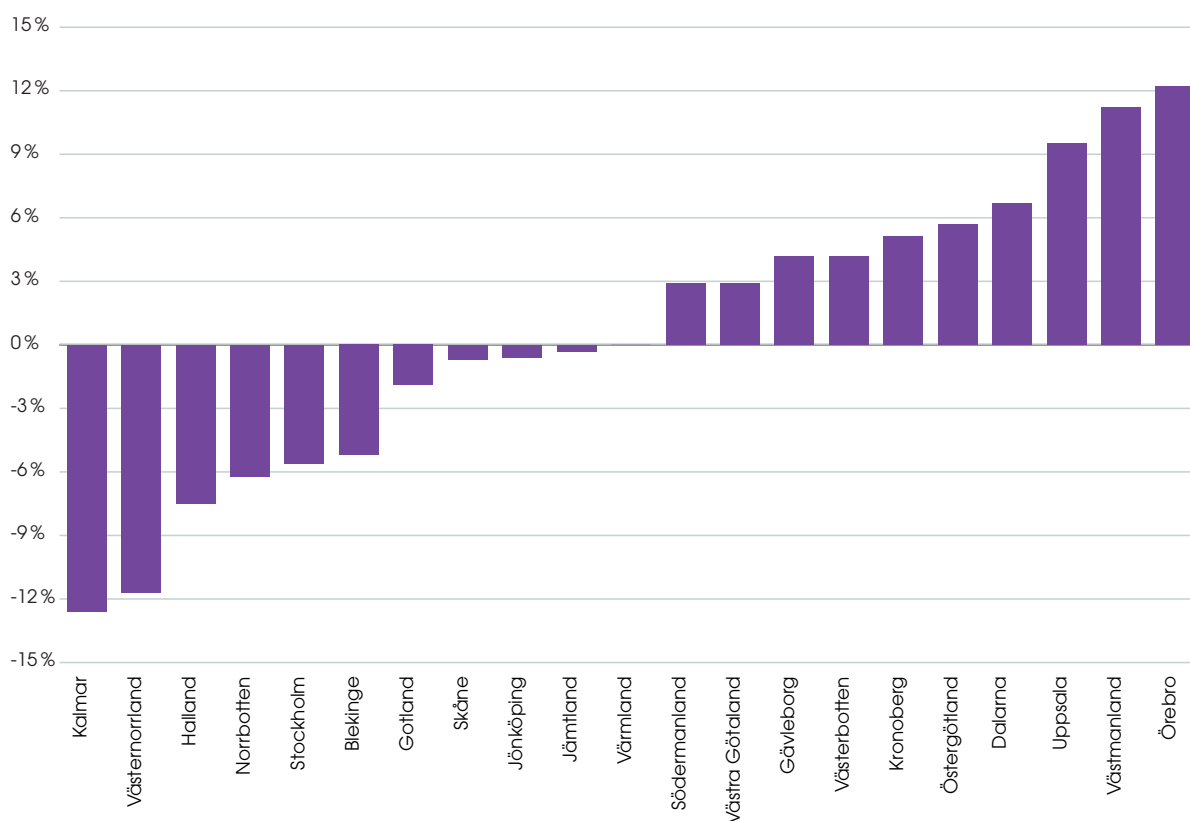
Källa: Nationella Diabetesregistret och egna beräkningar (1 nov 2022)

Det är svårt att direkt koppla skillnaderna i behandlingsmönster ovan till specifika utfall, men skillnaderna i sig är intressanta. I Kalmar och Kronoberg behandlas var femte nydebuterad patient med enbart kost medan motsvarande andel för Halland och Värmland är ungefär var femtonde.

En annan intressant aspekt är i vilken grad individuella risker för hjärtkärlsjukdom påverkar behandlingsmönstren. I en analys baserad på aggregerade data går det bara att närma sig på gruppnivå. Som framgick inledningsvis i denna rapport finns det betydande skillnader när det gäller andelen i de olika regionerna som har hög eller mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom inom fem år. I Socialstyrelsens diabetesriktlinjer är behandling med lipidsänkande läkemedel en mycket högt prioriterad åtgärd för dessa grupper. Det kan därför finnas anledning att jämföra andelen som har hög risk med andelen som får lipidsänkande behandling.

För personer med Typ 2-diabetes mellan 30–79 år varierar det betydligt mellan regionerna hur väl andelen med hög risk matchar andelen behandlade. Det finns i princip ingen korrelation mellan dessa variabler. Vissa regioner behandlar en betydligt lägre andel än andelen med hög risk och vissa behandlar fler. Diagrammet nedan visar andelen behandlade minus andelen med hög eller mycket hög risk. Ett negativt tal betyder alltså att de behandlar en lägre andel än de "borde".

**Figur 14.** Andel i olika regioner som behandlas med lipidsänkande läkemedel minus andel personer med diabetes som har hög eller mycket hög risk för hjärtkärlsjukdom, Typ 2, 30-79 år



Källa: Nationella Diabetesregistrets Årsrapport 2020, NDR och egna beräkningar (1 sep 2021)

Det finns många typer av regionala skillnader, inte minst när det gäller andelen behandlade av olika slag. Det är dock ont om tydliga mönster som kan kopplas till relevanta utfall. Diabetes är en komplex multifaktoriell sjukdom och det gäller även behandling och omvårdnad. Samtidigt är det uppenbart att vissa regioner lyckas bättre än andra. Det borde finnas mycket att lära och inspireras av dem med goda resultat.

# PANDEMIN HAR DRABBAT PERSONER MED DIABETES

Resultaten i denna rapport kommer delvis från en tidsperiod där kontakten med hälso- och sjukvården har förändrats. Färre personer med diabetes har varit i kontakt med vården och formerna för kontakt har förändrats. Detta är tydligt också i det nationella diabetesregistret. Antalet registrerade patienter per månad föll tydligt när pandemin kom och har ännu inte fullt återhämtat sig.

**Figur 15.** Antal registrerade patienter i NDR, vuxna i primärvården



\*En viss eftersläpning är att förvänta för 2022 års siffror, då året ej var till ända vid rapportens produktion.

Källa: Nationella Diabetesregistret

Att det är färre besök som registrerats i registret gör att data för 2020 och senare kan ha påverkats, det finns risk för en selektion där de som av olika anledningar inte varit i kontakt skiljer sig från övriga.

Eftersom diabetes har identifierats som en riskfaktor vid covid-19 har förstås också livet påverkats på många sätt för dem som lever med diabetes. Kontakterna med vården har förändrats och digitala möten har blivit allt vanligare, men även tillvaron i övrigt har förändrats för många. Det finns en risk att uppföljningen av sjukdomen har försvagats och det är viktigt att regionerna säkerställer att pandemin inte får långvariga effekter för patientgruppen.

Regelbundna kontroller är viktiga för att personer med diabetes ska undvika komplikationer och risk för till exempel svåråtkta sår, infektioner eller amputation. Mellan 2019 och 2020 minskade dessa undersökningar för patienter med Typ 2-diabetes med nästan 50 000, och 8 700 för patienter med Typ 1.<sup>8</sup> Idag har svenska diabetescenter uppdaterat informationen till patienter med diabetes med anledning av covid-19, för att tydliggöra vikten av kontinuerliga återbesök.<sup>9</sup>

8 Socialstyrelsen, Stor minskning av patienter som fått vård enligt nationella riktlinjer under pandemin (2021) <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stor-minskning-av-patienter-som-fatt-vard-enligt-nationella-riktlinjer-under-pandemin/>

9 Diabetescentrum, Information med anledning av covid-19 (2022) <https://www.diabetescentrum.se/for-dig-som-patient/information-med-anledning-av-covid-19/>



# HÖGRE AMBITIONER SKULLE RÄDDA LIV

Den svenska diabetesvården har många ansikten. En sida är det faktum att förekomsten av hjärtkärlsjukdom minskade mer hos personer med diabetes än hos jämförbara personer i befolkningen i övrigt mellan 1998 och 2014.<sup>10</sup> Under samma tid förbättrades också värdena för de riskfaktorer som den här rapporten behandlar påtagligt.<sup>11</sup> En annan sida är att alldeles för många med diabetes fortfarande lever med en alldeles för hög risk för svåra följsjukdomar. Och att utvecklingen för riskfaktorerna legat betydligt mer stilla sedan 2014. Målet är långt ifrån nått att så långt som möjligt minska de svåra medicinska följderna av att leva med diabetes. Det behövs högre ambitioner och en större otålighet.

Högre ambitioner behöver handla om att ständigt förbättra arbetet med att få värdena för de centrala riskfaktorerna på acceptabla nivåer. Som den här rapporten har visat är vi inte alls där. Hur det ska gå till är en svårare fråga. Det kan finnas ledtrådar hos dem där det fungerar bättre. Det kan vara så att behandlingen för dem som har en ny diabetes är för konservativ. Det kan handla om att ytterligare förstärka den blodtryckssänkande och lipidsänkande behandlingen. Det kan handla om att inte se bara de direkta kostnaderna utan även vinsterna med nya typer av läkemedel. Det är förmodligen så att flera målvärden bör skärpas och att det skulle behövas en uppdatering av de nationella riktlinjerna. Vad det absolut handlar om är att behandla hela sjukdomen i alla sina uttryck. Det krävs en multifaktoriell behandling för att möta en multifaktoriell riskbild. Fler kompetenser kan behöva mötas och där krävs det en hälso- och sjukvård som samverkar utifrån många specialiteter och kompetenser.

Det behövs förstås också ett aktivt arbete kring risker som obesitas (fetma), rökning och brist på fysisk aktivitet. De är långt ifrån bara hälso- och sjukvårdens ansvar, men den kan göra mer. Obesitasvården i Sverige är underutvecklad och effektivt stöd till livsstilsförändringar kräver ofta betydligt mer än vad som kan ges i dag.

***”Nu har vi lärt oss att hitta särskilda grupper via pandemin och vaccinationer, så här har vi ett sätt där vi kanske kan identifiera vilka grupper vi behöver nå och rikta speciella resurser till.”***

***- Kristina Nilsson (S), vice ordförande i Socialutskottet (juli 2022)***

Den här rapporten har fokuserat på risken för hjärtkärlsjukdom för dem som lever med diabetes. Det är långt ifrån den enda uppgiften för diabetesvården. Arbetet med ögon- och fotundersökningar behöver förbättras. Mer behöver också göras för att förstå och möta det faktum att patienter med diabetes har en lägre livskvalitet i de flesta dimensioner än befolkningen i övrigt.<sup>12</sup> Det finns mycket att ta itu med och förhoppningen är att denna rapport har satt ljuset på en del av det som behöver göras.

---

10 Rawshani A et al, Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes, The New England Journal of Medicine (2017), doi: 10.1056/NEJMoa1608664, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402770>

11 Nationella Diabetesregistrets Årsrapport 2018

12 Svedbo Engström et al. Health and Quality of Life Outcomes (2019) 17:141

# FYRA NYA MÅL FÖR SVENSK DIABETESVÅRD

## **1. Att det ska finnas diabeteskompetens tillgänglig på varje vårdinstans för ett aktivt och strukturerat omhändertagande.**

Diabetes är inte en utan flera sjukdomar och alla som lever med diabetes har unika behov och förutsättningar. Idag lever dessutom allt fler äldre med diabetes vilket ställer nya krav på kompetens inom till exempel äldreomsorgen. Det måste finnas en gedigen kompetens kring diabetes på alla vårdnivåer och hos varje vårdinstans.

*HUR: Tillgängliggör digitala beslutsstöd baserade på information från centrala register som ett kompetensstöd för primärvården. Inför regionala diabetessamordnare i samtliga regioner, med uppdrag att säkerställa kvaliteten på diabetesvården i primärvården, sprida evidensbaserad kunskap och arbeta för en jämlik diabetesvård.*

## **2. Att avancerad diabetessjukvård ska vara ett riktmärke, att kvalitetsparametrar som HbA1c följs och att individanpassad måluppfyllelse premieras med tydliga strukturella åtgärder om de inte uppnås.**

Alla ska få vård och stöd utifrån sina behov. Idag behandlas personer med diabetes ofta alldeles för generellt. Tydliga individanpassade mål ska sättas och följas upp. Inom ramen för ett aktivt och strukturerat omhändertagande ska strävan hela tiden vara att hitta bästa möjliga behandling för varje person.

*HUR: Genomför detaljerad uppföljning av HbA1c per vårdcentral i varje region. Premiera goda resultat med hjälp av anpassade ersättningsystem och sätt in speciellt stöd till enheter med dåliga resultat.*

## **3. Att verka för att upptäcka Typ 2-diabetes tidigt/prediabetes.**

Tidig upptäckt av Typ 2-diabetes tidigt/prediabetes är avgörande för att minska risken för framtida följsjukdomar. Att snabbt få kontroll över till exempel blodsockret har stor betydelse för framtida sjuklighet och tidiga interventioner kan förebygga sjukdom.

*HUR: Inför "patientens egen provtagning" där delar av diabetesuppdraget ges till andra sjukvårdskompetenser, så som screening hos tandvården, subventionerad hälsoundersökning/blodsockerkontroll hos apotek eller kontakt i samband med vaccination där test erbjuds vid presentation av fler riskfaktorer. Även allmän hälsoscreening hos undersköterska vore en hjälpsam insats för tidig upptäckt. Se över finansieringslösningar, som omställningsstöd via pensionsfonder eller ett samspel mellan hälsoobligationer och utfallsbaserade system kopplat till nya aktörer.*

## **4. Att kunskap om forskning, nya behandlingar och andra innovativa metoder sprids och kommer till användning i hela Sverige.**

Det sker en snabb utveckling av nya behandlingar och ny teknik inom diabetesvården. Samtidigt är användningen ojämnt fördelad i landet och det går för långsamt för nya metoder att få genomslag. Ambitionshöjningen för svensk diabetesvård måste innehålla ett tydligt mål om en snabb och jämlik tillgång till ny kunskap, nya metoder och nya behandlingar.

*HUR: För att på nationell nivå komma åt individer i praktiken behövs beteendemodifikation med avsprång i en mer kraftfull grund hos Socialdepartementet, regeringen och riksdagen. Även gångbara partnerskap kan ligga till grund för framgång, samt att patientorganisationer deltar aktivt i pågående forskningsarbete.*

----

En höjning av ambitionerna kring diabetes enligt ovan skulle inte bara minska sjukdom och dödsfall på grund av följsjukdomar och komplikationer – vi anser även att det skulle spara in i ansevärd summor i hälso- och sjukvårdsbudgeten.







**Diabetes Sverige**

Upplandsgatan 3 • 111 23 Stockholm  
Telefon 08-654 00 40 • E-post: [info@diabetesorg.se](mailto:info@diabetesorg.se)  
Webb: [www.diabetesorg.se](http://www.diabetesorg.se)

**Storstockholms Diabetesförening**

Upplandsgatan 3 • 111 23 Stockholm  
Telefon: 08-654 00 40 • E-post: [info@ssdf.nu](mailto:info@ssdf.nu)  
Webb: [www.ssdf.nu](http://www.ssdf.nu)